

ANNEE 1969

THESE

N^o

765

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Norbert, Guy, Fernand MATHIEU

né le 6 Juillet 1941 à HANOI (Tonkin)

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

**LES GLOSSODYNIES CRYPTOGENETIQUES
OU ESSENTIELLES DANS LA PATHOGENIE
DE LA DOULEUR LINGUALE.**

Président : Mr. P. CASTAIGNE, Professeur.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552221_0010

ANNEE 1969

THESE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Norbert, Guy, Fernand MATHIEU

né le 6 Juillet 1941 à HANOI (Tonkin)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

**LES GLOSSODYNIES CRYPTOGENETIQUES
OU ESSENTIELLES DANS LA PATHOGENIE
DE LA DOULEUR LINGUALE.**

Président : Mr. P. CASTAIGNE, Professeur.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Coste (F.), Debré (R.), Dechaume (M.), Galliard (H.), Gaudard d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lacomme (M.), Lamy (M.), Laroche (G.), Lelong (M.), Lévy (M^{lle} J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Maduro (R.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédellèvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Turpin (R.), Verne (J.).

DOYEN Georges BROUET

1^{er} ASSESSEUR Daniel BARGETON

2^e ASSESSEUR Jean GOSSET

A. — CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
—	HUARD (P.)
à titre personnel	CABROL (Ch.)
— —	OLIVIER (G.)
Anatomie et Cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
à titre personnel	NEZELOF (Ch.)
— —	ORCEL (L.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
— —	DESGREZ (P.)
— —	POLONOVSKI (J.)
Chimie Pathologique	SCHAPIRA (G.)
à titre personnel	CARTIER (P.)
— —	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale (à titre personnel).	BOURLIÈRE (F.)
— —	HARTMANN (L.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
— —	DJOURNO (A.)
— —	DOGNON (A.)
à titre personnel	KELLERSHOHN (L.)
— —	GOUGEROT (L.)
— —	ROUCAYROL (J.-Cl.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histologie et Embryologie	OUJARD (R.)
— —	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
à titre personnel	RACADOT (J.)
Microbiologie	FASQUELLE (R.)
Bactériologie et Virologie	TOURNIER (P.)
à titre personnel	BARBIER (P.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
à titre personnel	LOEPER (J.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
—	LECHAT (P.)

	MM.
Physiologie	BARGETON (D.)
—	MALMEJAC (J.)
—	PARROT (J.)
à titre personnel	DEJOURS (P.)
Physiologie et biologie appliquée aux sports	SCHERRER (J.)

B. — CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

1^o MÉDECINE

Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	COURY (Ch.)
Hygiène et Médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-G.)
Pathologie médicale	BUGE (A.)
— —	BRICAIRE (H.)
— —	CORNET (A.)
— —	HOUSSET (E.)
— —	LAROCHE (Cl.)
à titre personnel	AZERAD (E.)
— —	BOUR (H.)
— —	BROCARD (H.)
— —	CAROLI (J.)
— —	FACQUET (J.)
— —	LAMBLING (A.)
— —	LAUNAY (Cl.)
— —	PAYET (M.)
— —	PERRAULT (M.)
— —	SIGUIER (F.)
— —	WORMS (R.)
— —	BOUVIER (J.)
Pathologie respiratoire	TUPIAF (J.)
Pathologie et Thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	MARCHE (J.)

Chaires de Cliniques :

Clinique cardiologique (Boucicaut)	LENÈGRE (J.)
— — (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT (F.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
à titre personnel	BASTIN (R.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
à titre personnel (neuro-psychiatrie)	PICHOT (P.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
à titre personnel	LHERMITTE (F.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)

	MM.
Clinique des maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J.)
à titre personnel (hématologie)	ANDRÉ (R.)
— — —	BOUSSER (J.)
— — —	DREYFUS (B.)
Bicêtre.	DEPARIS (M.)
Broussais.	MILLIEZ (P.)
Cochin.	PÉQUIGNOT (H.)
Cliniques médicales: Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
Pitié.	DREYFUS (G.)
Saint-Antoine	BOUDIN (G.)
—	CONTE (M.)
—	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique et Séméiologie médicales (Antoine-Chantin).	DOMART (A.)
Séméiologie médicale (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
— — — (Pitié)	RAMBERT (P.)
— — — (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Clinique d'Hydrologie et de Climatologie (Bichat).	DEBRAY (Ch.)
à titre personnel	GIBERTON (A.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu).	DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J.)
à titre personnel	RICHEL (G.)
— — —	CROSNIER (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	ROYER (P.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades).	MOZZICONACCI (P.)
Clinique médicale infantile et de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	BRISAUD (H.)
à titre personnel	LESOBRE (R.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Hygiène et Clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
à titre personnel	POLONOVSKI (Cl.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec).	BROUET (G.)
à titre personnel	KREIS (B.)
— — —	MEYER (A.)
Clinique de rééducation motrice.	GROSSIORD (A.)
Electroradiologie	LEDoux-LEBARD (M.)
—	LEFEBVRE (J.)
Radiologie médicale.	DESGREZ (H.)
à titre personnel	FISCHGOLD (H.)
— — —	TUBIANA (M.)
— — —	CHERIGIE (E.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin).	DELBARRE (F.)
Clinique rhumatologique (Lariboisière)	SÈZE (S. de)
Clinique toxicologique (Fernand-Widal)	GAULTIER (M.)

2^o CHIRURGIE

Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
— —	KUSS (R.)
— —	N...
à titre personnel	RAMADIER (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	MORIN (P.)
Technique chirurgicale et chirurgie expérimentale	MONSAINGEON (A.)

Chaires de Cliniques :

Clinique carcinologique (Gustave-Roussy)	DENOIX (P.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
à titre personnel	BRÉHANT (J.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon LORTAT-JACOB (J.-L.)
	— BAUMANN (J.)
	Cochin LÉGER (L.)
	Hôtel-Dieu PATEL (J.)
	Saint-Antoine GOSSET (J.)
	Salpêtrière SICARD (A.)
	Tenon OLIVIER (Cl.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Sémiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)
— — — (Saint-Louis)	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — — (Foch)	PADOVANI (P.)
— — — — (Beaujon)	CAUCHOIX (J.)
Clinique traumatologique et orthopédique (Raymond-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
à titre personnel	CHIGOT (P.-L.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)	MATHEY (J.)
à titre personnel	GAUDART D'ALLAINES (Cl. de)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique obstétricale (Baudelocque)	LEPAGE (F.)
— — (Saint-Antoine)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
à titre personnel	LEBEAU (J.)
Clinique ophtalmologique (Cochin)	BRÉGEAT (P.)
— — (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	CERNEA (P.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
— — (Necker)	COUVELAIRE (R.)

C. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM.		MM.
Anatomie	GILLOT (Cl.)	Médecine générale	AUSSANNAIRE (M.)
Anatomie pathologique . .	GOUYGOU (Ch.)	Maladies infectieuses . . .	DUPONT (V.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)	Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Bactériologie	LE MINOR (L.)	Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Biochimie médicale	{ CARTIER (P.) GONNARD (P.) NORDMANN (J.)	Physique médicale	{ COURSAGET (J.) GREMY (F.) PELLERIN (P.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)	Physiologie	{ DURAND (J.) GIRARD (Fr.) HUGELIN (A.)
Hématologie	{ BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (B.)	Stomatologie	CHAPUT (M ^{me} A.)
Hygiène	{ BLANCHER (G.) CORRE-HURST (M ^{me} L.)	Pharmacologie	SCHMITT (H.)
Médecine légale	{ CECAL P. HADENGUE (A.) FOURNIER (E.)		

D. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

	MM.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

E. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologie	SCHWARTZ (D.)
Néphrologie	MAXWELL (M.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateurs	{ M ^{me} FORGET (F.), M ^{lles} DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires	{ M ^{mes} CONTET (J.), M ^{lles} DUROZOT (M.-F.), ROBERGE (D.), LE QUANG LINH (G.), REUGE (M.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents "in memoriam"

A Mon Père, mort pour la France, dont la vie exemplaire me
servit de modèle,

A ma Mère, décédée trop jeune, mais qui par ses nombreux et
douloureux sacrifices, m'a permis de devenir Médecin.

A toute la famille LIEBSCHUTZ qui a su merveilleusement remplacer
l'absence de mes Chers Parents au moment difficile de l'adolescence
où l'on cherche sa voie.

A ma Femme, qui m'a aidé et assisté pendant ce travail.

Je lui dédie cette thèse avec tout mon amour.

A mon Fils GUILIEM, qui embellit tous les jours de ma vie.

A Monsieur le Professeur CASTAIGNE,

a qui nous sommes très reconnaissant pour l'honneur qu'il nous
a fait en acceptant la Présidence de cette Thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre profond respect.

A Monsieur le Professeur CERNEA

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre vive admiration de l'Enseignement précieux que sa grande expérience et son sens clinique ont su nous dispenser,

Aux Docteurs René MARIE et Maurice MARIE
Stomatologistes des Hôpitaux

qui nous ont inspiré cette Thèse et auprès de qui nous avons
toujours trouvé le plus bienveillant accueil et de précieux
conseils.

Qu'ils veuillent bien trouver ici l'expression de ma profonde
reconnaissance et l'assurance de mon fidèle respect.

A mes Maîtres de l'Institut de Stomatologie
et de Chirurgie Maxillo-faciale

Leur expérience et leurs conseils m'ont été précieux.

Qu'il me soit permis de leur exprimer ma profonde gratitude.

A tous ceux qui ont bien voulu me guider tout au long de mes
études et me faire bénéficier de leur expérience et de leur savoir.

INTRODUCTION

Il arrive fréquemment de voir, en consultation de Stomatologie, de nombreux malades pour un syndrome douloureux situé en un point quelconque de la langue.

Si l'examen clinique attentif et précis ne permet pas de découvrir des signes locaux notables, permettant d'insérer ce syndrome dans un cadre nosologique déterminé, le médecin diagnostique alors une glossodynie.

Ces glossodynies reconnaissent en effet de nombreuses étiologies : locales régionales et générales, étiologies bien définies par leurs tableaux cliniques et par leurs thérapeutiques spécifiques.

Par contre, et c'est là l'un des points qui nous intéresse, la majeure partie de ces douleurs sont asymptomatiques et sont cataloguées cryptogénétiques ou essentiels.

L'approche de cette glossodynie, une fois que toutes les étiologies possibles ont été écartées, sera toute différente de l'approche de la maladie symptomatique. En effet, les glossodynies cryptogénétiques surviennent sur des terrains psychonévrotiques et psychopathiques dont il est difficile, pour un Stomatologiste, d'approcher les véritables motivations souvent d'origine endogènes.

Nous nous proposons l'étude des glossodynies dans leur contexte de MALADIE PSYCHOSOMATIQUE, affections difficiles par leur approche, leur thérapeutique, ceci plus précisément pour un Stomatologiste.

HISTORIQUE

Les glossodynies sont rares en littérature.

En 1620, VIGIER dans son ouvrage : "Tractus absolutissimus de cetero illuminatissimo vitus lingue" aurait cité cette affection.

En 1885, KAPOSI et ALBERT médecins viennois, introduisent les premiers le terme de glossodynie dans la pathogénie.

En France, en 1887, c'est VERNEUIL qui présente le premier (sans avoir eu connaissance de la publication de KAPOSI) sa publication devant l'Académie de Médecine; sa communication traitant des ulcérations douloureuses imaginaires de la langue. Il possède six cas personnels et décrit brillamment les caractéristiques de la douleur. Il insiste sur son siège unilatérale, sur sa fixité, sur son irradiation, sa persistance, enfin sur son retentissement à la longue sur le psychisme du patient. Il note l'absence de lésions anatomiques visibles.

En 1787, MAGITOT possède deux cas de douleur linguale occupant tout l'organe. Il distingue alors deux formes : la forme rhumatismale ou douloureuse et la forme psychique indolore.

En 1920, ENGMAN crée le terme très utilisé par la suite et plus précis que celui de KAPOSI : "Burning tongue", terme imageant les sensations de brûlures ressenties par le malade. Il insiste sur le rôle névrotique de cette douleur.

Les auteurs modernes ont depuis cette époque élargi le terme de glossodynie en ce sens qu'ils considèrent que le siège de la douleur occupe non seulement la langue mais déborde cet organe pour atteindre les muqueuses linguales et pharyngées. On parle alors avec GAILLARD de "paresthésies pharyngées", de "cénestopathies", de "pharyngites chroniques", de "glossodynies", de "glossalgies", enfin de "sympathalgies dans le territoire du glosso-pharyngien".

Depuis, GREENBAUN, CRUSHMAN, publient de nombreux ouvrages.

Après une étude en 1944, de DECHAUME, DELABY consacra en 1955 sa thèse sur la classification des glossodynies. En 1957, MOUGNAUD se penche sur le traitement des glossodynies. A noter en 1966, BURGER et FLEURY qui consacrent une publication à la glossodynie dans son contexte psychosomatique.

oOo

DEFINITION CLINIQUE ET SES VARIATIONS

Avec LAROCHE nous définirons la glossodynie dans ses limites et ses restrictions, terme qui est très vague dans sa définition étymologique.

- Avec KAPOSÍ la glossodynie rentre dans la pathogénie et définit tout l'ensemble des manifestations douloureuses au niveau de la langue. Aujourd'hui on préfère le terme anglo-saxon de "burning tongue" beaucoup plus précis.

- En fait, il s'agit d'algies linguales survenant sur un terrain psychique particulier dont le dénominateur est le cancérophobie obsessionnelle.

- C'est pourquoi nous éliminerons de cette étude toutes les douleurs linguales symptomatiques à substratum organique évident telles que les infections inflammatoires, traumatiques ou tumorales. Leur diagnostic en est évident; la douleur linguale n'est qu'un signe fonctionnel parmi beaucoup d'autres et aisément rapportée à cette cause.

- Nous éliminerons également de cette étude une névralgie essentielle du glosso-pharyngien ou du lingual qui possèdent une symptomatologie trop particulière et trop précise pour entrer dans le cadre des glossodynies dont l'imprécision, comme le dit si justement LAROCHE est le caractère majeur.

Le malade vient donc consulter pour un signe essentiel et le plus souvent unique : la douleur. Cette douleur, par son intensité, sa persévérance et sa "rebellion" au traitement, cristallise toute l'attention du malade. C'est le plus souvent et le plus classiquement une douleur qui survient chez des malades dont l'âge est supérieur à 35 ans (plus précisément la femme ménopausée, jamais l'enfant).

C'est une douleur essentiellement à type de brûlures. Elle est superficielle et limitée, elle irradie peu. Elle atteint le plus souvent le bord et la pointe de la langue, rarement la portion médiane de la face dorsale de la langue; elle n'atteint jamais la face antérieure. Son siège d'élection se trouve en dehors des papilles caliciformes et en avant de la jonction du bord de la langue avec le pilier antérieur dans la région des papilles foliées.

Mais parfois cette douleur peut s'étendre à tout le larynx, le pharynx, les muqueuses jugales : cette glossodynie rentre alors dans le cadre plus général des cénestopathies.

Ces douleurs peuvent être continues avec ou sans paroxysme, spontanées ou provoquées. Elles sont intermittentes, survenant sur un certain rythme accordant au malade quelque répit ou parfois les douleurs sont rapprochées et continues, provoquant une grande anxiété. Cette anxiété est alors génératrice d'insomnies. Il faut noter la prédominance diurne de ces douleurs qui en général ne réveillent pas le malade la nuit. Cette douleur peut être influencée ou non par des éléments :

1 - Propres au malade :

C'est alors des émotions intimes ou la suggestibilité qui la déclenchent d'autre fois le frottement lingual contre les dents ou contre le palais, la mastication, l'ouverture de la bouche.

2 - Extérieurs :

Tels que le froid, l'alimentation épicée et les mets relevés (tabac, alcool, poivre, condiments). Il y a une dissociation des facteurs existants.

Il peut s'agir de sensations très particulières et atypiques telles que plénitude, sensation de gêne, tension buccale, pesanteur, bouche pâteuse, etc....

De toute façon cette douleur est lancinante et obsédante, elle est très mal supportée par le malade, elle occupe toute son existence et il s'ensuit une névrose d'entretien inconsciente. Il est à noter que cette douleur s'accompagne soit de salorrhée (rarement) mais plus fréquemment de sécheresse buccale.

Cette douleur peut être donc variable suivant son siège, son type, sa localisation et les sujets qu'elle touche.

Le début des douleurs est difficile à préciser; il est quelques fois en rapport avec un élément externe contemporain de la douleur. D'autres fois, la douleur survient quelques semaines ou quelques mois plus tard.

L'examen buccal fait partie de la recherche et de la définition clinique de la glossodynie : c'est de lui maintenant que nous allons parler.

1 - Temps lingual :

Il doit être précis, minutieux et attentif. Son but est la recherche des lésions locales souvent minimales pouvant expliquer ce syndrome. Il faudra déplier la muqueuse et les papilles foliées en s'aidant s'il le faut d'un bon éclairage, d'une loupe et d'une pointe mousse. Parfois on trouve l'irritation d'une papille foliée ou d'une papille fongiforme, cette lésion est minime mais le plus souvent on ne retrouve rien.

2 - Temps buccal :

Il consiste en l'examen des arcades dentaires, des muqueuses, du fonctionnement des glandes salivaires. On note les obturations et les prothèses, les avulsions dentaires. Enfin, on recherche un trouble de l'articulé. Le temps radiologique est évidemment capital.

3 - Temps général :

A la recherche d'une étiologie car l'examen local de la langue est souvent négatif. Il est à noter que malgré l'absence de toute lésion on peut parfois déceler, au niveau des papilles fongiformes ou foliées, une hypertrophie, une rougeur et une légère tuméfaction. Ceci est dû à un tic de protraction linguale qui a été pris par le malade. C'est l'habitude pluri-journalière de protraction linguale active devant une glace à la recherche d'un "bouton" qui l'inquiète considérablement. Ce "bouton" n'est autre qu'une papille foliée fongiforme dans la région latéro-linguale plus ou moins hypertrophique qui attire l'attention du malade. Ce

tic est très évocateur du comportement cancérophobique du malade. Chez ce cancérophobe la peur du cancer est au premier plan, et elle est beaucoup plus importante que la douleur; elle exige parfois la biopsie. Cependant la biopsie, loin d'avoir un résultat apaisant, peut chez certains malades imaginatifs, déclencher un comportement bizarre. Mis en présence du compte-rendu histologique qui affirme la bénignité de la lésion, ils croient être devant des résultats truqués et pensent que leur affection est au-dessus de toute ressource thérapeutique. La biopsie peut donc être une arme à double tranchant et, pour notre part, nous la déconseillons, préférant faire remarquer au malade que cette abstention d'examen anatomo-pathologique et de traitement est le plus sûr garant de la véracité de notre diagnostic. Dans ce cas, ces glossodynies sont plutôt considérées comme des psychalgies (LATTES et FRIEZ).

En ce qui nous concerne, nous n'avons que rarement vu des modifications de l'état papillaire sauf en cas d'atteinte de glossite exfoliatrice qui n'appartient pas au domaine de la glossodynie mais à celui de la dermatologie.

En conclusion, dans le cas qui nous intéresse, c'est-à-dire lorsque l'examen local et l'examen général sont négatifs et n'apportent rien pour la thérapeutique il faudra s'orienter vers une étiologie cryptogénétique. C'est alors que l'interrogation du malade sur le plan social, familial et professionnel devient fondamental. Ces malades sont difficiles à apaiser, à tranquilliser, ils restent sceptiques devant les conclusions négatives et l'abstention de thérapeutique immédiate et locale.

Ces formes de glossodynies évoquant par leur imprécision les psychalgies et les cénestopathies sont caractérisées par leur fond obsessionnel et leur devenir névrotique.

Pour nous résumer, toute glossodynie nécessite une attitude clinique minutieuse qui est indispensable à la recherche d'une étiologie locale ou régionale même minime.

Cependant une glossodynie où seul apparaît l'élément subjectif évoluent sur un fond obsessionnel qui peut en dernier ressort relever du traitement psychothérapique.

- I I I -

ETIOLOGIE DES GLOSSODYNIES

Avec DELABY (qui consacre sa thèse Paris 1955) nous classerons les glossodynies en deux grands chapitres, d'une part les glossodynies qui reconnaissent une étiologie organique, objective peu évidente qu'il faudra rechercher minutieusement (il les nomme glossodynies symptomatiques) d'autre part les glossodynies uniquement subjectives qui ne reconnaissent aucune étiologie (il les nomme cryptogénétiques ou essentielles).

A - SYMPTOMATIQUES

Avec CHICO, nous les classerons en locales, régionales et générales.

1 - Glossodynies à points de départ locaux :

Elles peuvent être d'origine microbienne, traumatique ou chimique. Les facteurs proprement linguaux sont à retenir chaque fois qu'il existe une lésion superficielle, même minime de la langue, créant une fragilisation et une susceptibilité linguale, engendrant des irritations normalement non perceptibles qu'il faudra rechercher sous un bon éclairage avec une loupe, une pointe mousse pour découvrir parfois une fissure minuscule dont le contact réveille la douleur (LATTES et FRIEZ).

On recherche plus accessoirement :

- une amygdalite linguale, c'est l'inflammation des amygdales linguales situées en arrière du V lingual. Cette atteinte est rarissime.

- des microtraumatismes dus à des irritations dentaires sous la forme d'arêtes coronaires ou radiculaires plus ou moins vives entraînant une irritation linguale.

Il en est de même des prothèses mal adaptées (ex : crochets mal ajustés de prothèse adjointe).

- une diapneusie linguale en regard d'une dent absente.

- l'électrogalvanisme : il y a électrogalvanisme lorsqu'il y a présence de deux métaux de nature différente appartenant à des obturations.

HARRMANN signale le cas d'une glossodynie due à une couronne de dent à pivot en métacrylate.

- irritation par les caustiques : essentiellement le tabac qui réalise à la fois une irritation de type chimique (résidus de combustion) et une irritation de type physique (brûlures par la fumée).

A côté du tabac on cite l'alcool, les mets épicés, les condiments etc....

D'autre part, il se pose le problème des lésions linguales préexistantes, les glossites chroniques en particulier, qui constituent une cause toute naturelle de glossodynie. Elle réalise alors une glossite exfoliatrice marginée, glossite décapillante, lichen plan.

Cette affection (le lichen) est en général indolore. Cependant GOUGEROT a décrit des lichens plans s'accompagnant de troubles sensitifs à type de brûlures comparables à celles des glossodynies. Il faut savoir que le lichen apparaît parfois de nombreux mois, voire de nombreuses années, avant la glossodynie; le diagnostic étiologique est alors impossible à faire.

2 - Les glossodynies de causes régionales :

Elles soulèvent le problème des glossodynies réflexes, ceci grâce à l'anastomose du nerf dentaire inférieur avec le nerf lingual. On comprend donc qu'une lésion du maxillaire inférieur entraîne une glossodynie.

- les troubles de l'articulé dentaire : ce sont des glossodynies dues au déséquilibre de l'articulé dentaire. Dans la maladie de l'articulation temporo-mandibulaire, DECHAUME, COSTEN associaient glossodynie, troubles auriculaires, troubles salivaires ainsi que des troubles de l'articulation. La glossodynie peut constituer la seule manifestation sympathalgique des troubles de l'articulé dentaire. L'examen insistera sur les arcades dentaires avec les recherches des points d'occlusion et sur la dynamique de l'articulation temporo-mandibulaire.

- les arthroses cervicales et les anomalies régionales : ici aussi la glossodynie rentre dans le cadre des sympathalgies, elle est due à une cervicarthrose.

L'irritation du sympathique cervical par le processus arthrosique produirait des modifications vasomotrices à distance transmises par le trijumeau.

- les troubles allergiques : la glossodynie est ici considérée comme une manifestation allergique. Le syndrome allergique de la cavité buccale se traduit par un érythème diffus, un œdème des joues,, de la langue, éruptions papulaires, vésiculaires, etc....

L'allergène en cause sera recherché par des tests muqueux ou cutanés.

3 - Les glossodynies de causes générales :

Nous citerons avec LAROCHE les glossodynies d'origine générale dues à la syphilis, le diabète, les avitaminoses C et B. CUSHMAN décrit sous le nom de prurit aigu de la langue une forme de glossodynie avec atrophie des muqueuses et de la peau; ceci se rencontre assez souvent chez la femme âgée et édentée, avec diminution de la sensibilité gustative dans le territoire du lingual. Il préconise le traitement par la vitamine B1.

Mais dans la plupart des cas l'atrophie de la muqueuse linguale avec glossodynie se rencontre surtout dans les anémies.

- dans l'anémie de Biermer, la glossite de Hunter s'accompagne souvent de glossodynie au stade préatrophique, au stade atrophique les poussées douloureuses sont à type de brûlures et classiquement accompagnées d'éruption, de petites vésicules blanchâtres, marginales.

- au cours de l'anémie hypochrome de Haven-Faber qui se rencontre souvent chez la femme ménopausée.

- dans le syndrome de Plummer-Vinson on retrouve très nettement le caractère causalgique des douleurs linguales. Cette maladie est une glosso-gastro-neuro-anémie. De toute façon, les langues lisses et atrophiques fréquemment rencontrées chez les vieillards, algiques ou non, commandent une exploration hématologique complète avec dosage du fer sérique.

- dans le syndrome de Gougerot-Sjogren, la xérostomie est vraisemblablement responsable de la glossodynie sans que celle-ci soit toujours constante.

- Névrezé décrit une glossodynie tuberculinique qui ne serait autre chose qu'une névrite linguale tuberculeuse dont la guérison serait obtenue par l'anti-génothérapie tuberculinique.

B - CRYPTOGENETIQUES ou ESSENTIELLES

1 - Formes cliniques :

- a) - Glossodynies qui découlent de tics oraux ou habitudes anormales mettant en jeu à des fréquences accélérées et à amplitude exagérée certains groupes musculaires :

GAILLARD parle dans plusieurs de ses travaux des "douleurs obédantes" de la gorge, génératrices d'anxiété. Il nomme ce lieu le "carrefour vital"; pour lui la persistance de ces douleurs se répercute sur le psychisme qui peut, avec le temps, être perturbé.

Certes un terrain anxieux peut être assez souvent le lieu d'élection de tels troubles, mais pas toujours. Par contre, l'anxiété est habituellement secondaire à ces douleurs rebelles et persistantes.

Les glossodynies n'ont pas l'exclusivité de cette théorie, pour GAILLARD, elles rentrent dans le cadre des cénestopathies à côté des paresthésies pharyngées, cénestopathies pharyngées, pharyngites chroniques etc..., qui prennent une grande place dans les travaux O.R.L. et Stomatologiques. Ce sont des douleurs d'origine musculaire, autrement dit des myalgies de fatigue, fatigue qui est la conséquence directe d'un dysfonctionnement musculaire dû à des tics ou des habitudes anormales, mettant en jeu des groupes musculaires à des fréquences et des amplitudes accélérées; ex : c'est le cas du tic de déglutition augmenté dans sa fréquence et dans son importance qui entraîne une fatigabilité d'autant plus grande que ce mouvement se fait à vide.

Il est une observation relevée par GAILLARD à propos d'un tic lingual, notamment un cas de glossodynie s'accompagnant d'algies superficielles du maxillaire inférieur et para-laryngé droit. Le malade cancérophobe et anxieux décrit un bouton sur le côté lingual droit et postérieur qu'il examine fréquemment. Evidemment l'examen minutieux objectif ne révèle rien, le bouton incriminé n'est autre qu'une papille fongiforme un peu irritée. Il s'y ajoute des tics de succion d'un capuchon muqueux d'une dent de sagesse qui est le siège d'une inflammation intermittente. D'autre part, il existe un tic de déglutition salivaire. On note en outre chez ce malade une insomnie certes conséquence de l'anxiété, mais également cause de tics et de douleurs. C'est le type même du malade qui, espérant anxieusement la disparition des douleurs, cherche par des mouvements de déglutition fréquents à étayer son espérance. Chaque nouvel essai est un échec car la douleur est toujours là. Il entretient lui même sa douleur, sans savoir qu'il en est le propre artisan. Cette déglutition qui est volontaire au début devient ensuite un tic, car un véritable arc réflexe s'est créé.

GAILLARD, avec VAN EYCK ne réfutent pas la théorie psychosomatique mais pensent qu'il existe entre l'atteinte psychique et la douleur un intermédiaire obligatoire pour expliquer la réalité de la douleur. Cet intermédiaire obligatoire n'est pas une lésion fonctionnelle mais un dysfonctionnement musculaire tels que tics oraux : déglutition, salivation, brycomanie etc...

QUINN pour sa part a décrit un certain nombre d'observations portant sur des glossodynies dues à un tic oral (5 glossodynies sur 42) de type brycomanie ou de type pulsion de la langue contre les arcs dentaires antérieurs. QUINN fait remarquer que chez ces malades atteints de tics (brycomanie et pulsion) on retrouvait des festonnements sur les bords de la langue correspondant aux empreintes dentaires. Il souligne que c'est la grande habitude de la pression linguale sur les arcades dentaires qui en est la cause. Les papilles fongiformes sont souvent rouges et irritées. Parfois sont retrouvées, à l'origine de ces tics oraux, des prothèses mal posées, des crochets, des cuspidés dentaires anormalement agressifs. De plus, sur le plan psychique, ces sujets sont des anxieux et des phobiques.

Au point de vue thérapeutique, il faut rassurer ces malades maniaques et phobiques par la prescription de myorelaxants et de tranquillisants. Supprimer le primum movens (prothèses, crochets, spicules) pouvant expliquer son tic oral, c'est-à-dire brycomanie et pulsion linguale.

Il faut montrer au patient son "festonnement lingual" pour le rassurer et lui expliquer la cause. Il en est de même pour les dysharmonies occlusales qui augmentent ces troubles. Elles sont considérées par l'auteur comme des stimuli proprioceptifs qui entraînent un accroissement des spasmes musculaires et donc l'augmentation des tics oraux. Il est évident que l'anxiété croît en fonction de ces phénomènes.

Cette première variété clinique peut sembler artificielle car en définitive toutes ces glossodynies (tics oraux) sont également sous tendues par l'élément névrotique comme celles qui vont suivre. Ces malades, avant toute

psychothérapie, doivent cependant se rééduquer sur le plan physique afin de faire disparaître leurs tics.

b) - Les glossodynies "névrose de la langue" (OPPENHEIM) ou mieux glossodynies psychosomatiques.

Nous nous appuyons sur les travaux remarquables de BURGER et FLEURY qui étudièrent 42 cas de glossodynie d'étiologie inconnue. De ces travaux, il en ressort deux éléments fondamentaux en ce qui concerne l'étude des glossodynies cryptogénétiques :

- une classification des glossodynies syndrome psychosomatique,
- un traitement en fonction de cette classification (voir plus loin au chapitre de la thérapeutique : IV).

Ces glossodynies après enquêtes pratiquées en milieu hospitalier furent systématisées selon les normes suivantes :

- d'après l'étude des concomitants émotionnels ayant accompagné ou précédé immédiatement l'algie linguale;
- par la recherche d'éléments névrotiques ou pré-névrotiques, ainsi que les facultés d'adaptation de chaque sujet;
- par l'étude des constituants profonds de sa personnalité;
- par l'élaboration d'une classification du sujet selon une perspective dynamique.

Cette investigation nous permet donc de classer le syndrome de la glossodynie en trois groupes selon leur évolutivité (quelles que soient les caractéristiques topographiques ou associatives de certains signes accompagnateurs, de type sympathique : sécheresse buccale ou sialorrhée). Elles seront classées par aggravation et augmentation du syndrome psychosomatique de l'individu.

- 1er GROUPE :

La glossodynie est un processus nouveau par rapport à l'équilibre antérieur du malade et rien ne laissait prévoir antérieurement la survenue de ce syndrome. Chez 25 femmes sur 30, il se révèle un état psychopathologique à

tonalité dépressive d'origine climatérique. Cet état ménopausique est concomitant à l'apparition de la glossodynie. Il doit être souligné l'importance d'un élément d'ordre général, à la fois physiologique, biologique et endocrinien qui est la ménopause chez ces femmes (la majorité sont à l'âge post-ménopausique). Pour elles, la ménopause est ressentie comme une situation de deuil avec sentiment d'auto-dépréciation; il s'ensuit un changement de communication avec le monde extérieur; irritabilité, susceptibilité, accès de colère, succédant à l'indifférence. Elles ont une vision sombre et pessimiste de l'avenir. Les activités pragmatiques s'en ressentent et les relations avec autrui se métamorphosent. C'est alors que la langue, organe de relation avec autrui, intervient. En effet, la cavité buccale et la langue investie comme organe de communication avec le monde extérieur deviennent le siège d'un conflit qui s'extériorise ou s'exprime sous forme de douleur à type de brûlure plus ou moins continue, quelquefois paroxystiques. Il est à remarquer (cf. observation de glossodynie n°5) et significatif de noter que l'absence de relations extérieures avec le monde environnant déclenche la brûlure, tandis que lors du sommeil le syndrome douloureux disparaît totalement. Inversement, le réveil avec sa reprise de conscience profondément sociale, ranime les conflits de la veille et le syndrome douloureux réapparaît. Malgré l'évidente labilité des instances émotionnelles, il n'y a pas de personnalité profondément névrotique chez ces malades. Ce sont plutôt des troubles de la sexualité et de la carence affective qui deviennent secondairement la source de troubles névrotiques.

Quant aux concomitants émotionnels qui ont précédé ou accompagné la survenue de la glossodynie, ils ne peuvent être considérés que comme déclenchants. Ce sont donc des troubles psychopathologiques à réaction dépressive liée à la ménopause s'exprimant par les algies linguales.

- 2ème GROUPE :

Chez 10 sujets sur 42, soit 23 %, la glossodynie apparaît comme l'expression d'un syndrome organisé depuis longue date.

En effet, dès le premier entretien avec ces sujets, il apparaît une structure névrotique prédominante immergée dans des problèmes conflictuels.

Sur le plan social et affectif, les malades sont incapables de s'adapter aux exigences de leur milieu professionnel et incapables d'assumer des situations émotionnelles à forte charge affective. Sur le plan nosologique, nous avons à faire à des phobiques hypocondriaques et anxieux hypocondriaques; les manifestations hypocondriaques de l'hystérie et de la névrose obsessionnelle qui entrent dans ce groupe dont l'âge et le sexe ne sont nullement significatifs (par opposition au premier groupe).

Il reste à savoir et à comprendre pourquoi la langue a été choisie comme lieu de conversion somatique..

La langue, nous le savons, dans la plupart des cas est investie comme organe privilégié d'expression de la pensée; il est intéressant de noter que parallèlement à la glossodynie s'installent des phénomènes de restrictions alimentaires d'origine névrotique. Il arrive parfois qu'il y ait également régression de l'activité pragmatique.

- 3eme GROUPE

7 malades sur 42 présentent une glossodynie dans le cadre d'une manifestations psychopathologique beaucoup plus grave. La glossodynie est un syndrome presque secondaire sur le plan séméiologique, il s'agit d'états psychotiques :

- démence hypocondriaque,
- mélancolie anxieuse,
- schizophrénie, etc.....

qui nécessitent la prise en charge et le traitement par un psychiatre.

En conclusion, sur 42 malades, 35 femmes et 7 hommes présentaient des glossodynies essentielles d'étiologie inconnue d'origine psychosomatique. Le premier groupe réunissait des syndromes dont l'approche psychologique permettait de les classer non pas selon leur topographie ni leur mécanisme débien-

chant, mais selon leur évolution. Il apparaissait le plus souvent chez la femme ménopausée présentant des réactions dépressives au cours desquelles la langue est le siège d'un syndrome douloureux exprimant un conflit avec le monde extérieur. Ils représentent 57 % des glossodynies cryptogénétiques.

Le deuxième groupe représente 23 % des glossodynies cryptogénétiques. Il y a une somatisation linguale d'une structure névrotique évoluant de longue date sur une personnalité très immergée par ses problèmes intimes.

Dans le troisième groupe qui réunit 20 % des glossodynies cryptogénétiques l'état psychique du sujet domine le tableau clinique.

2 - Essai d'explication de la théorie psychosomatique :

A la base de cette théorie, il y a un "évènement physiologique" qui survient : c'est la ménopause, facteur biologique et endocrinien créant un état favorable à l'installation de troubles névrotiques. Avec BOREL, nous noterons le changement de "tonalité affective" qui est très important à cette époque climatique; cette période est riche en manifestations de tous ordres allant de manifestations cliniques polymorphiques à de nombreuses manifestations psychiques telles que troubles de l'humeur et du caractère. Il y a toute une étude psychologique à faire sur ce changement général de tonalité affective. Plus ou moins intense, parfois à peine marqué, il traduit l'impression ressentie devant la carence de la fonction génitale que certaines femmes n'hésitent pas à considérer comme une première déchéance, et comme le signe avant coureur de la vieillesse, alors que la femme se sent physiquement et moralement en pleine maturité. On conçoit qu'il puisse se créer chez elle un appel de tristesse, un désenchantement vague et profond, il s'ensuit des troubles de l'émotivité : bizarrerie et versatilité de l'humeur, instabilité, crise de larmes. Par conséquent il se crée un état dépressif fugace ou permanent plus ou moins grave. A côté de ces carences génitales, il peut venir se greffer de gros troubles sexuels, la fonction sexuelle est elle aussi très perturbée tant sur le plan psy-

chique que biologique. Il peut apparaître des réactions frigides ou au contraire l'exacerbation de la libido voire une inversion sexuelle.

Parfois cette carence génitale et sexuelle peut réveiller chez les sujets de gros troubles psychotiques à type de morbidité, névroses de toutes sortes, manies, mélancolie. Leur fréquence ou leur exacerbation paraissent augmenter au moment de la ménopause; elles sont alors réactivées par ce processus biologique.

L'affection mentale ainsi révélée n'est pas autre chose que la reprise ou l'accentuation d'un état ou de tendances préexistantes plus ou moins connues et qui s'exacerbent brusquement à la faveur du déséquilibre général que représente la ménopause.

On sait cependant que les états dépressifs névrotiques et psychotiques s'accompagnent fréquemment de manifestations viscérales, c'est ce que l'on appelle les névroses de conversion (DELABY). Ces manifestations connaissant des traductions symptomatiques polymorphiques :

- glossodynies,
- psychalgies,
- radialgies mobiles,
- céphalées (PADOVANI et BACHET),
- colites (fréquent)
- crampes digestives,
- dyspareunies,
- hystéries ou pithiatismes de toutes sortes.

Pour ce qui nous intéresse, nous avons noté que la langue était choisie comme conversion somatique, car elle représente l'élément relationnel le plus important avec autrui.

Mais il faut s'accorder (et non pas s'opposer) aux théories voulant faire intervenir des phénomènes biologiques et physiologiques pour expliquer la glosso-dynie cryptogénétique.

- SKACH et ANDELOVA expliquent l'origine de la glossodynie par la doctrine neurophysiologique de PAVLOV : il y aurait primitivement un trouble fonctionnel de l'écorce cérébrale, qui déclencherait ensuite des troubles du système neuro-végétatif se manifestant par différents syndromes névrotiques. En faveur de cette théorie il faut noter l'importance des phénomènes vaso-moteurs d'origine sympathique qui accompagnent la glossodynie (sialorrhée, sécheresse buccale, etc....) Il faut considérer que le déséquilibre neuro-végétatif, loin d'être à l'origine de la glossodynie ne serait que le support ou mieux le mode de transport de cette conversion somatique.

- A côté de cet élément, il faut noter l'hypothèse de BARUK pour qui la glossodynie ne serait pas toujours de nature exclusivement mentale, pithiatique ou hystérique; elle pourrait dans certains cas être le reflet d'anomalies vasculaires régionales révélées par capillaroscopie. La douleur serait alors facilement provoquée et expliquée par la vaso-dilatation ou la vaso-constriction des capillaires entraînant des douleurs ischémiques de l'épithélium ou même des nerfs par l'intermédiaire des vasa vasorum (LATTES et FRIEZ).

Pour nous résumer, la glossodynie d'origine cryptogénétique se trouverait expliquée dans sa parité :

- par l'élément psychique à type de dépression ou de névrose hypocondriaque, élément psychique sanctionné par le processus déclenchant qui est la période climatérique;

- par sa douleur subjective mise en évidence par les phénomènes vasculaires et sympathiques. En faveur de cette conception, plaiderait l'aggravation ou l'amélioration des troubles par les circonstances extérieures; le fait que ces malades sont en général des névrotiques chez lesquels on a trouvé des troubles de l'écorce cérébrale, enfin par les résultats favorables de la psychothérapie (BATAILLE, DESCROZAILLES et MUGNIER).

- III -

TRAITEMENTS

I - POUR LES GLOSSODYNIES D'ETIOLOGIES CONNUES

Le traitement est relativement simple puisque c'est un traitement étiologique. Pour les causes locales, il s'agira de supprimer les causes prothétiques; les crochets, amaigames, susceptibles d'expliquer l'irritation linguale; parfois il s'agira du meulage d'une spicule ou d'une prothèse agressive. Le traitement régional consistera par exemple au rétablissement de l'articulé temporo-dentaire (syndrome de Costen-Dechaume), au traitement rhumatismal des arthroses cervicales. Enfin, s'il y a lieu, de traiter l'allergie causale d'une glossodynie d'origine allergique.

Enfin, pour les glossodynies d'étiologie générale, le problème thérapeutique sera fonction du tableau clinique, c'est le cas des anémies de Biermer, anémie hypochrome, syndrome de Plummer-Vinson etc..... où il faudra soit procéder à la réparation sanguine, redresser le taux du fer sanguin, apporter des vitamines, enfin instituer une pénicillinothérapie s'il y a lieu.

II - POUR LES GLOSSODYNIES CRYPTOGENETIQUES

Le problème est beaucoup plus complexe et beaucoup plus intéressant.

En effet, en l'absence d'étiologie on est réduit à prescrire un traitement symptomatique qui est souvent décevant car il n'apporte aucune amélioration, si ce n'est qu'une action passagère. Les traitements essayés sont nombreux et peu efficaces, tant et si bien qu'ils déconcertent le médecin et découragent le malade.

Il est donc utile de soumettre ces malades à un traitement psychosomatique dans l'espoir de trouver une cause à leurs maux et par voie de conséquence une thérapeutique plus rationnelle et plus efficace.

Un mot en ce qui concerne les glossodynies qui ont pour point de départ un tic oral (référence au premier groupe des formes cliniques de glossodynies cryptogénétiques). Le traitement ici est à double visée :

- rééducation des muscles sus hyoïdiens en vue d'obtenir la position de repos de la mandibule car les brycomanes par exemple sont des gens dont les élévateurs sont raccourcis et hypertrophiques;
- psychothérapie chez ces anxieux cancerophobes.

Nous entrons maintenant dans le vif du sujet des glossodynies essentielles dont le type est la femme post-ménopausique cancérophobe hypocondriaque. Il a été préconisé de nombreux traitements d'action plus ou moins heureuse :

- Vitamine C (DECOS 1944)
- Vitamine B 1 (Thiamine)
- B 6 (Pyridoxine)
- B2 (Riboflavine)
- Vitamine PP
- traitement par les triples vitamines (B1, B2, B6)
- Makierko préconise lui des traitements locaux :
 - . soit par anesthésiques de contact,
 - . soit par injections alcooliques procaine,
 - . soit par bloc anesthésique tronculaire.

- Enfin Monsieur LEPOIVRE préconise l'infiltration de Betnesol injectable dans le muscle lingual.

- Dans sa thèse MUGNAUD (1957) étudie 9 cas traités par des cures locales hydrominérales à Saint Christau (eaux ferro-cuivreuses).

- Enfin toute la série des drogues psychotropes. Nous parlerons plus loin de la valeur très précise de cette pharmacologie. Cette série passe évidemment par :

- . tranquillisants mineurs (Valium, Méprobamate, etc....)
- . neuroleptiques (Phénothiazines, Butyrophénones)
- . thymoanaleptiques et anti-dépresseurs.

Il faut noter l'emploi fréquent d'un neuroleptique : propériciazine (Neu-leptil *), employé dans certains services de Stomatologie.

Il est particulièrement indiqué dans les troubles caractériels.

La cure ambulatoire est la suivante : gouttes ou capsules.

Dose minime au début de 2 à 4 mg par jour pour atteindre les doses utiles de 15 à 25 mg par jour par progression journalière de 1 à 2 mg.

Nous atteignons ici le problème de la psychothérapie et toute la valeur de la triade Médecin - Malade - Maladie.

Le Stomatologiste peut à tout instant devenir psychosomaticien et soulager lui même cette glossodynie. Nous verrons plus loin quelle glossodynie est accessible à cette thérapeutique.

Imaginons à présent la position Stomatologiste - Psychosomaticien. Il doit avant tout s'aider de deux éléments fondamentaux :

a) - de la psychopharmacologie,

b) - de l'approche psychologique du Malade et de sa Maladie à l'aide d'une démarche toute originale de la pensée.

a) - La valeur des drogues psychosomatiques par rapport aux drogues classiques de la chimie, c'est que la psychopharmacologie crée de nombreuses substances chimiques nouvelles (par le jeu de l'inhibition ou renforcement de production chimique au niveau des médiateurs) et favorisant ainsi de nouveaux développements cliniques donc de nouvelles formes de relations Malade - Médecin. L'absorption de ces drogues modifie le "climat" affectif dans lequel s'effectue la prescription et sensibilise le malade dès le départ. De plus ces drogues mettent en veilleuse le sources énergétiques pulsionnelles (singulièrement au niveau de

la réticulée, laquelle commande le processus de contrôle cortical de vigilance) et permet de diminuer l'agressivité, la peur du patient et enfin lui permet de se "libérer".

b) - L'approche psychique du malade est tout l'évènement fondamental de la médecine psychosomatique.

C'est le contrat tacite Malade - Médecin qui permettra la recherche des processus profonds et inconscients à l'origine de la douleur. BALINT appelle très originalement ce contrat : "la compagnie d'investissement mutuel". Pour lui "l'essence de la relation " Médecin - Malade réside en la fidélité, la persévérance, la confrontation mutuelle des données thérapeutiques pharmacologiques et psychologiques. Le tout augmentant considérablement le capital commun de la "compagnie d'investissement mutuel".

Sans rentrer dans de grandes théories psychanalytiques qui seraient déplacées ici, nous pouvons cependant essayer de définir la méthode psychothérapeutique avec Hoch.

Les méthodes psychothérapeutiques sont peu codifiées et sont définies d'une façon vague et générale. Par exemple, on parle de conseils, manipulation de l'environnement, analyse distributive, psychothérapie rééducative, psychothérapie analytique. On en revient donc toujours à l'établissement de rapports avec le malade et aux efforts destinés à l'influencer. Cette influence, cette pression peut se faire par le recours à la réassurance, la suggestion, l'interprétation du vécu émotionnel avec "in sight", l'interprétation et la manipulation d'objets. Mais il n'est pas du ressort du Stomatologiste d'instituer une psychothérapie type; on lui demande au contraire une approche psychologique n'utilisant pas systématiquement le maniement du transfert et l'analyse.

En somme les cas susceptibles de nous intéresser exigent une thérapeutique relationnelle; de façon très simple un traitement psychologique allant au-delà du simple "soutien" tenant compte à chaque instant, en vue d'aider le patient à résoudre ses conflits actuels, des conflits interiorisés mais sans expli-

citer systématiquement ces derniers, et en respectant si besoin les bénéfices secondaires que le patient retire de ses troubles au lieu de chercher à lui en faire prendre toujours conscience pour les liquider.

Si donc le Stomatologiste peut jouer le rôle de psychosomaticien, il pourra la faire lorsque le consultant fait souvent appel à lui. Et lorsque les problèmes psychologiques sont abordables dans la relation Malade - Médecin. Il peut jouer ce rôle dans le cas des névroses cancérophobiques de la période ménopausique chez des femmes qu'il faut aider à passer cette période critique ('groupe I des formes cliniques des glossodynies cryptogénétiques).

oOo

- OBSERVATION n° 1 -

Madame X.,.... 81 ans, consulte en novembre 1968 pour une douleur pharyngée et une douleur linguale qui l'inquiètent.

Madame X.,... couturière de mode de son état, veuve depuis de nombreuses années, vit seule. Elle a un fils marié père d'un enfant.

Son passé pathologique ne révèle rien si ce n'est une cholécystectomie à 40 ans. Son oeil gauche est porteur d'un glaucome; quant à l'oeil droit, il est atteint de cataracte depuis 20 ans. Elle a été opérée de cette cataracte en août 1968; il s'en est suivi des complications pulmonaires d'origine virale. Cette phase pulmonaire dure quinze jours, elle est soignée par la pénicilline.

- Histoire de la maladie :

La malade a déjà eu un épisode pharyngien au mois de juin 1968 avec "gorge rouge" soignée au bleu de méthylène et à la résorcine.

Aujourd'hui depuis douze jours, elle a de nouveau la gorge rouge et surtout une douleur pharyngée et buccale à droite.

La malade dit que sa gorge est "congestionnée". Mais sur cet élément pharyngé, depuis huit jours, vient se greffer un syndrome douloureux lingual.

- Examen subjectif :

La malade ne décrit pas une brûlure nette et définie, mais une sensation de gêne linguale; il semble que sa langue soit démesurément enflée, elle parle de langue en coton. Parfois elle est aphone et reconnaît se "racler" la gorge : fréquemment au cours de la journée, entretenant de ce fait l'irritation de son oropharynx.

Cette sensation de gêne est très intense le matin au réveil puis elle décroît au cours de la matinée pour disparaître dans l'après-midi, elle ne réveille pas la malade la nuit. Elle ne s'accompagne ni de sialorrhée ni de sécheresse buccale et n'est pas rythmée par quelques éléments extérieurs au malade ou même par des motivations intimes.

A l'interrogatoire plus poussé la malade parle cependant d'un bouton sur le côté lingual qu'elle a senti une fois en y touchant. Elle pense au cancer mais sans y croire.

- Examen objectif :

La langue est rose, normalement papillée, bien humidifiée. Au passage on examine profondément et à la loupe les plis des papilles foliées et leurs interstices qui sont strictement normaux. Au toucher aucune induration linguale n'est trouvée, pas plus que d'induration au plancher buccal. Au niveau de la muqueuse jugale droite, on voit quelques lésions de morsure. L'oro-pharynx est légèrement hyperhémie; il n'y a pas d'adénopathie cervicale.

L'état dentaire est parfait chez cette femme de 81 ans : il y a un bridge en or en d5, d6; d7 qui ne révèle aucune anomalie à la radio.

Un examen O.R.L. additif révèle une pharyngite, une laryngite chronique et une congestion nasale.

- Examen de l'état général :

Numération formule sanguine strictement normale, taux ferrique normal à 100 gamma par 100 ml.

En définitive, au terme de l'examen normal tant sur le plan loco-régional (Stomatologiste et O.R.L.) et sur le plan général, nous sommes amenés à évoquer une glossodynie ou mieux une glossalgie d'origine essentielle.

Devant un tel fait on pousse l'examen sur le plan psychosomatique. Cette malade en apparence très saine et très équilibrée reconstruit par un interroga-

toire plus poussé avoir peur du cancer et surtout de refaire un épisode pleuro-pulmonaire comme au mois d'août 1968.

Pour elle se pose uniquement le problème de sa mort ce qui, de ce fait, crée une légère névrose obsessionnelle à conversion somatique linguale.

Sur le plan professionnel, social et familial rien ne paraît intéressant et la malade reste très discrète sur ces questions qu'elle trouve étranges pour une consultation de Stomatologie.

Un traitement mis en cours par l'O.R.L. pour traiter sa laryngite chronique. Pour notre part meulage du bridge en d5, d6, d7. Lavages de bouche fréquents. Eviter les brossages intempestifs et répétés que la malade multiplie au niveau de sa bouche et de sa langue.

Une petite discussion psychothérapeutique est instituée en montrant la non malignité de sa douleur et l'absence de signes organiques au niveau de la langue.

La malade part confiante et promet de repasser.

oOo

- OBSERVATION n° 2 -

Cas d'une glossodynie très évocatrice chez cet homme dont la femme est atteinte d'un cancer de la langue.

Monsieur X., âgé de 50 ans, artisan électricien, marié, un enfant.

- Histoire de la maladie :

Cet homme ressent ses premières douleurs un mois après la fin du traitement de sa femme. En effet, sa femme est porteuse d'un cancer lingual marginal droit, se présentant sous la forme d'une pastille située deux centimètres en avant de la portion fixe de la langue. Cette néoformation mesurait un centimètre de diamètre, elle se présentait comme une lésion érosive de surface évoluant depuis six mois. La biopsie révèle un cancer de type spino-cellulaire. Le traitement entrepris est le suivant :

- édentation complète suivie d'un aiguillage et d'un curage latéro-cervical (technique de Roux Berger) avec section du filet mentonnier du Facial.

Le patient est très ému devant la déchéance physique de sa femme qui était auparavant une "jolie" femme". Sa glossodynie depuis son installation n'a ni augmenté ni diminué, elle reste stable. Il incrimine alors pour expliquer sa douleur (et cela parallèlement à l'histoire du cancer de sa femme) une couronne mal ajustée au niveau de sa molaire inférieure gauche. La dent est extraite d'une part pour tranquilliser le malade, d'autre part parce qu'il l'exige. La glossodynie persiste, il consulte alors un Stomatologiste.

- Examen subjectif :

Le malade situe le siège de sa douleur linguale : elle est marginale gauche et elle occupe les 1/5 du bord postérieur de la langue. Cette douleur est stric-

tement linguale, les muqueuses jugales et pharyngées sont indolores. Il décrit cette douleur comme une brûlure continue sans paroxysmes. Elle n'est pas exacerbée par l'alimentation, elle cesse au repos et ne le réveille pas. Il dit qu'il l'oublie lorsqu'il est très pris manuellement.

Le malade ne décrit que sa douleur et n'a rien remarqué sur sa langue de suspect.

- Examen objectif :

Examen lingual : la langue est normale sur ses deux bords à l'inspection et au toucher; il ne signale aucune induration. La muqueuse linguale est rose, humide, les papilles y sont strictement normales. Au total la zone incriminée ne recèle aucune atteinte organique.

Examen dentaire : on note au niveau de la molaire inférieure qui a été extraite une hernie de la langue. Il n'y a pas de prothèse, l'état dentaire est parfait.

Il existe également un signe accompagnateur de cette glossodynie très évocateur de cette phobie mimétique : c'est une sialorrhée nocturne, signe d'autant plus évocateur que sa femme porteuse du cancer était atteinte du même signe.

On ne note pas de tic de déglutition, pas de brycomanie. Il existe chez lui une longueur de protraction linguale anormale.

Etat général : l'état général est bien conservé et satisfaisant. Tout est normal sur le plan digestif, hématologique, on ne note pas de trouble carentiel, la consommation de tabac est moyenne.

Devant ces éléments généraux, locaux et régionaux négatifs, nous optons en faveur d'une glossodynie essentielle ou cryptogénétique à symptomatologie essentiellement subjective sans substratum organique. Glossodynie mise en lumière depuis le cancer lingual de l'épouse. Devant un tel état on essaie un examen plus poussé à visée psychosomatique.

- Examen psychosomatique.

Cet homme de 50 ans, artisan électricien, possède son propre commerce. Il n'a pas de problèmes pécuniers et reconnaît volontiers sa réussite professionnelle.

Sur le plan familial, il forme avec sa femme un bon ménage. Ce couple est harmonieux; cependant il semble que la femme ait la plupart des responsabilités ménagères et professionnelles. D'après le malade c'est une femme d'ordre et de goût, maîtresse de maison accomplie doublée de qualités dans le domaine professionnel. C'est en outre une femme cultivée, instruite musicienne et qui a été fort belle avant son intervention, depuis, elle est très déprimée et se cloître dans sa maison.

Pour elle, une psychothérapie fut instituée, ainsi qu'un appareillage des maxillaires inférieurs et supérieurs. Evidemment cette femme ne travaille plus au côté de son mari dans leur commerce. Le couple a une fille mariée vivant aux Etats Unis; leurs rapports sont excellents.

A l'interrogatoire, le malade ne cache pas sa peur du cancer; il dit ne pas craindre la contagiosité, mais cette réaction est plus une défense qu'un reflet de ses pensées réelles. Il est impossible de faire préciser au malade l'état de ses relations intimes avec sa femme depuis sa maladie. Il dit n'avoir aucune répulsion physique pour elle mais semble très impressionné par les mutilations qui ont suivi l'intervention chirurgicale de sa femme.

Dans un but thérapeutique, la région incriminée est montrée au malade d'une manière précise grâce à un miroir et à un éclairage; on lui assure l'absence de malignité dans cette région.

Une psychothérapie sera néanmoins conseillée devant l'anxiété de ce malade et devant ses gros troubles névrotiques. On adjoint à ces conseils un traitement général :

- tranquillisants mineurs,
- sédatifs neuro-végétatifs,
- hypnogènes.

Le malade n'est jamais revenu à la consultation de Stomatologie.

Nous sommes ici devant un cas évident de névrose cancérophobique. Cette névrose est survenue au décours du cancer de sa compagne. Le malade est très profondément touché par deux éléments :

1 - par l'atteinte physique que sa femme a subie à la suite de son intervention,

2 - par les troubles du comportement de sa compagne à type de prostration de syndrome dépressif.

Cette femme se désintéresse totalement de son affaire commerciale; du fait de cette indifférence, le mari doit endosser toutes les responsabilités tant professionnelles que ménagères.

Ce trépied émotionnel :

- peur du cancer,
- peur de la déchéance physique consécutive au cancer,
- peur des responsabilités lui incombant,

déclenche chez cet homme une névrose phobique de type hypochondriaque se convertissant en une douleur linguale.

Il faut noter l'originalité de la douleur contro latérale du malade ou "image en miroir" par rapport à celle de sa femme.

Le mimétisme de son mal par rapport à celui de sa femme est tel qu'on retrouve chez lui les mêmes signes :

- image en miroir de la glossodynie du cancer (le cancer à droite, la glossodynie à gauche),
- même point de départ (il incrimine lui aussi une prothèse : dans son cas une couronne mal ajustée, pour sa femme un cancer paraprothétique)
- une sialorrhée nocturne chez tous les deux.

- OBSERVATION n° 3 -

Monsieur G..., 41 ans, se présente dans le service de Stomatologie le 21.11.1958 avec une lettre de son médecin traitant, il accuse en effet des brûlures de la langue depuis bientôt trois mois. Le malade incrimine, pour expliquer ces douleurs, un essai thérapeutique qui a été tenté pour une arthrose débutante de la hanche gauche et du rachis cervical.

- Histoire de la maladie :

Cela remonte à trois mois. Auparavant aucune histoire pathologique. A ce moment là, devant une arthrose débutante, le médecin entreprend un traitement : il prescrit "un certain médicament" (impossible de le faire préciser) qui entraîne des phénomènes linguaux. Le malade note l'apparition d'une boule postérieure de part et d'autre de la langue. De plus, il s'installe des phénomènes douloureux à type de brûlure intéressant les bords latéraux de la langue. Devant ces phénomènes douloureux, le malade interrompt son traitement.

Devant cet état son médecin fait plusieurs recherches biologiques pouvant expliquer cette douleur telle une avitaminose B, une hyposidérémie, une anémie; en fait il ne découvre qu'une uricémie très élevée. Cette dernière traitée à la colchicine se normalise. Le sujet observe un régime strict; cependant sa glossodynie n'involue pas, il consulte alors un Stomatologiste.

- Examen local :

1 - Examen subjectif de la glossodynie :

Le malade décrit des brûlures superficielles à type de pointes de feu, comme lorsqu'on "se brûle avec un bouillon trop chaud", dit-il. Cette douleur

intéresse la pointe de la langue et débute et déborde de deux centimètres la ligne médiane. Elle intéresse parfois aussi la muqueuse gingivale de la face palatine du bloc incisif supérieur. L'intensité en est maximum à la pointe. La glossodynie est variable au cours de la journée mais fixe dans son rythme. En effet nulle au matin, elle s'accroît tout au long de la journée et devient maximale le soir avec la fatigue. Cependant elle laisse un répit de 15 minutes au malade au cours du repas. Elle peut devenir violente au cours d'une irritation, exemple : lors de la succion de pastilles à la sève de pin. La nuit le malade n'est pas réveillé par sa douleur. Il décrit une déglutition fréquente et volontaire qui l'irrite. Cette déglutition est liée intimement à une sialorrhée importante. Fait remarquable qui nous oriente déjà vers une glossodynie essentielle. Le malade dont le travail le laisse intellectuellement libre (il surveille toute la journée des manomètres, des baromètres et des thermomètres) ressent toute la journée ses brûlures. Par contre lorsqu'il fait un travail manuel (lorsqu'il monte un moteur par exemple) qui accapare tout son intellect et son attention, il dit ne pas ressentir de douleur et se sent soulagé.

2 - Examen objectif bucco-dentaire :

a) - Etat dentaire : à l'arcade inférieure sont absentes g5, g6, g8, g7; à l'arcade supérieure sont absentes d5, d8, g6. G6 est très délabrée.

Au point de vue prothétique, on note en d6 une couronne en métal blanc mal sculptée avec un traitement radiculaire très moyen et de mauvais points de contact. Sur d7 une couronne en acier très mal sculptée également.

L'articulé montre une infraclusion molaire supérieure et inférieure droite. Par ailleurs, pas de lésion de parodontose.

b) - L'état lingual : la langue est rose, normalement papillée, portant sur ses bords latéraux les empreintes dentaires, on ne note ni induration ni ulcération, ni inflammation. La palpation ne réveille aucune douleur, aucune brûlure. Les sensations au chaud, au froid et à la douleur sont conservées.

- Evolution de cette glossodynie :

Au début de sa glossodynie, la douleur intéressait les bords latéraux de la langue. Aujourd'hui le territoire sensible tend à diminuer pour se limiter à la pointe.

Le patient a employé pendant longtemps des analgésiques locaux qui n'ont fait que l'irriter davantage : il a donc stoppé.

Il existe chez ce sujet un trait commun aux porteurs de glossodynie : la protraction fréquente de la langue à la recherche de petits "boutons" (papilles linguales) qu'il trouve rouges et enflammées.

- Examen général :

Actuellement en bonne santé. Aucun passé pathologique dans l'enfance et dans l'adolescence.

Il souffre d'une coxarthrose et d'une cervicarthrose. Aucun trouble digestif. L'uricémie a été augmentée et le malade aurait bu avant cet épisode d'hyperuricémie (3 à 4 litres de vin par jour). Aujourd'hui plus rien. Il ne fume pas. Numération formule sanguine normale, le fer sérique est normal également. Enfin, on ne note pas de carences vitaminiques.

Devant un tel examen négatif on penche pour une étiologie cryptogénétique et on placera volontiers cette glossodynie dans le type des glossodynies dites essentielles ne reconnaissant aucune étiologie locale régionale ou générale.

- Examen psycho-somatique :

Le malade, très consciencieux dans son travail, dit ne plus ressentir sa douleur lorsqu'il est accaparé par ses activités; "il oublie sa langue". A l'origine, de ses troubles il incrimine les médicaments anti-arthrosiques, de très nombreux bains de bouche et "pastilles" qu'il trouvait sur le marché.

C'est pour lui une éternelle préoccupation.

- Interrogation portant sur le plan social et familial :

Sa femme s'inquiète pour lui, elle parle de cancer, le mari est facilement suggestible. Ils ont une fille en bas âge avec laquelle ils ont de bons rapports. Sur le plan professionnel, il est satisfait pécuniairement mais reproche à sa profession de ne pas l'occuper, de ne pas l'intéresser (surveillance des compteurs et des manomètres toute la journée).

Sur le plan personnel et plus particulièrement intime, le malade reconnaît avec réticence que depuis l'âge de 36 - 37 ans, ses rapports sexuels ne sont pas satisfaisants. Il n'accuse pas sa compagne mais dit que tout vient de lui. Il a une difficulté d'érection, elle est faible, mais l'acte sexuel est mené jusqu'au bout. Sa compagne ne se plaint pas et ne lui en fait pas grief.

L'interrogatoire s'arrête là, le malade est gêné de devoir parler de ces choses personnelles; mais il est confiant.

- Traitement :

Au point de vue psychothérapie :

Recherche d'une activité intellectuelle pouvant lui occuper l'esprit pendant son travail.

Travaux manuels lors de ses loisirs.

Tout ceci pour lui démontrer qu'il doit pouvoir oublier sa douleur en faisant un effort personnel sur lui même. Ceci est très réalisable chez cet homme très équilibré en apparence chez lequel ne percent que très peu d'éléments névrotiques.

Au point de vue médical :

On prescrit : - Valium (2 mg)

 - Princi B

A revoir à la consultation.

- OBSERVATION n° 4 -

Madame B.... 61 ans, consulte en Stomatologie pour une glossodynie qui dure depuis 3 ans. Cette femme a accepté difficilement cette consultation, elle nous est envoyée par son dentiste qui a essayé vainement depuis 3 ans de soulager ses douleurs.

Ancienne téléphoniste, retraitée anticipée pour "dépression nerveuse" (cure de sommeil) est soignée et soulagée actuellement par Valium 10 mg, et Neurinase.

- Examen loco-régional :

Cette femme souffre d'une glossodynie tout à fait typique, c'est-à-dire de brûlures de la pointe de la langue. Mais si le type en est toujours le même, la localisation en est variable, en effet, cette douleur se déplace sans explication aucune sur les bords linguaux. Il s'y ajoute parfois des algies du plancher et du palais.

L'état dentaire est satisfaisant. On note l'absence des dents de 6 ans supérieures et inférieures, et de nombreux amalgames. Pas de prothèses. Hygiène dentaire satisfaisante. L'ouverture buccale est normale.

Sa langue est normalement papillée, de couleur rose, humide et sans anomalie notable. Les régions suspectes sont examinées attentivement mais elles ne révèlent rien. La salivation est normale, il n'existe pas de sécheresse buccale.

- Etat général :

Satisfaisant. Rien à signaler.

Cette femme vient dans le service avec de nombreux examens biologiques ordonnés par son médecin traitant. On ne note aucune anémie, le fer sérique est normal, pas d'avitaminose.

Il nous est facile de diagnostiquer une glossodynie subjective pure, cryptogénétique.

Sur le plan psychosomatique, la malade confie d'emblée ses problèmes. Elle est anxieuse et agitée. Le gros problème est celui d'un conflit entre père et fils. En effet, cette femme a un fils unique de 27 ans, marié, qui a un enfant élevé en partie par la grand mère. Ce fils l'a "abandonné" il y a 3 ans, date d'apparition de la glossodynie. L'attitude de la mère devant le fils a été toujours très maternelle, ce fils est son bien et elle n'a jamais accepté d'un très bon oeil le mariage qui "le lui a enlevé". La rupture entre le fils et les parents est surtout due à la tension existant entre père et fils. La mère en quelque sorte a été le témoin de l'opposition puis de la rupture père et fils et a réagi en conséquence par une dépression névrotique s'extériorisant sur le plan somatique par une glossodynie.

Elle expose bien les causes pour lesquelles père et fils sont en opposition; le père très conscient de sa paternité (confession protestante) n'a jamais compris ce fils à la personnalité et aux actes versatiles. Il lui reproche de ne pas avoir suivi la carrière paternelle (P.T.T.) stable et sûre, mais au contraire d'avoir essayé plusieurs métiers aléatoires (théâtre, représentant, artiste, etc..) Il le traite d'ambitieux et de frivole.

Sur le plan du traitement, il n'y a évidemment que très peu de choses à faire car nous sommes devant une glossodynie qui n'est que l'un des signes d'un profond désordre psycho-névrotique. Elle est en effet soignée pour de gros troubles psychiatriques. Le stade de la psychothérapie est nettement dépassé (il a été en effet tenté par le médecin traitant une conciliation fils et parents qui a abouti à un échec et ne fit qu'aggraver les désordres conflictuels).

- OBSERVATION n° 5 -

C'est une observation qui illustre le deuxième groupe des glossodynies cryptogénétiques citées plus haut : c'est une névrose de la langue qui s'exprime par les algies linguales.

Madame X..., 67 ans, de passage à Paris, vient consulter pour une glossodynie dont elle souffre depuis plus de 17 ans. Il est évident que nous n'apporterons pas un soulagement ni une grande aide thérapeutique à cette femme qui est passée par de nombreuses consultations de spécialités (Stomatologie, O.R. L.) mais il est fort intéressant de connaître le cadre clinique de cette glossodynie.

- Anamnèse de la glossodynie :

Avant d'entreprendre l'étude de sa douleur, il faut noter le passé pathologique de cette malade particulièrement riche : elle souffre de constipation chronique et de colites qui évoluent par poussées aiguës depuis de nombreuses années; il s'y ajoute des désordres intestinaux, des fécalomes et poussées hémorroïdaires aiguës.

Sa glossodynie débute après la ménopause qui a eu lieu aux environs de la cinquantaine. Cette douleur a toujours été très variable.

- Description subjective de la douleur :

La malade se sent mal disposée dès le réveil, elle est indécise et sans joie. Il s'en suit de grandes phases cyclothymiques avec des inhibitions durant quinze jours. De plus elle est très axée sur sa colite chronique qui la fait

énormément souffrir. Elle en devient "superstitieuse", dit elle. A ses problèmes intestinaux s'ajoutent, et seulement depuis la ménopause, la douleur linguale vague d'abord, donnant un mauvais goût buccal et accompagnée parallèlement de crises diarrhéiques aiguës. Cette douleur s'atténue l'été.

Dans son rythme, cette douleur est aussi très variable; elle note des oscillations selon les jours et même au cours de la journée. En effet, la douleur est importante le matin et s'atténue dans la journée. La douleur se fait "oublier" lorsque la malade sort ou vaque à ses occupations. La malade est très oppressée et très impressionnée par cette douleur. Elle la décrit ainsi (il faut noter que cette femme est une méditerranéenne ayant une tendance logorrhéique). "désagréable, atroce, elle crée en elle un état de malaise avec anxiété et sensation de mort. Cette douleur l'accapare et l'empêche de vivre".

Elle décrit une sensation de brûlure, mais brûlure virtuelle, imagée, "abstraite" dit elle, ce qui montre bien qu'elle croît à l'irréalité physique de sa douleur.

Malgré ses fluctuations cette douleur est constante et ne disparaît jamais totalement. La malade dit "ma douleur éternelle".

Cette douleur se transforme parfois en sensation gustative anormale.
Ex : goût de bile amère.

Enfin, cette douleur est spontanée mais elle passe par des paroxysmes tels, que le goût en est profondément modifié et la douleur s'étend à l'oro-pharynx et à toute la cavité buccale.

Ces algies connaissent, comme nous l'avons dit, de grandes oscillations saisonnières : assez atténuées l'été et l'hiver, elles sont plus importantes les autres saisons. Cette femme dort relativement bien la nuit. Par contre, dès le réveil elle retrouve sa douleur qui est à son paroxysme; elle connaît alors une grande somnolence pendant toute la matinée. Il s'y ajoute un dégoût pour toute activité. Elle dit s'endormir très tôt sans insomnie et dormir profon-

dément. Paradoxalement, lors des périodes d'accalmies algiques, elle dort mal et a des insomnies. Sa vie est alors très intense.

Cette douleur et ses variations sont souvent dictées et influencées par des éléments extérieurs tels que conflits, variations de température, contrariétés.

A l'examen objectif de la langue, elle est saturale, on ne retrouve aucune lésion ni aucune irritation. La sensibilité au chaud et au froid est conservée; on ne note ni hypo ni hyperesthésie.

On note l'alternance de sialorrhée et de sécheresse buccale (celle-ci étant plus fréquente).

L'examen général est négatif.

Au point de vue dentaire, on note un bridge en or qui va de la première prémolaire inférieure à deuxième molaire inférieure. L'état dentaire est bon ainsi que l'hygiène buccale. Il y a des traces de tartre et abrasion des dents.

En conclusion, dès le premier entretien nous savions que nous avions affaire à une glossodynie d'origine névrotique puisque cette femme était porteuse de ce syndrome depuis plus de 15 ans et avait subi de nombreuses consultations de spécialistes.

Sur le plan clinique, cette glossodynie est remarquable par sa variabilité et sa présence constante. Cette femme, très auto-observatrice, décrit son pessimisme et son dégoût de tout dès que commencent sa journée et sa douleur.

Cette malade est une hypochondriaque très névrosée, peu cancérophobique car les nombreuses consultations ont rendu cette cancérophobie accessible à la persuasion. Pour notre enrichissement personnel, et avec l'accord de la malade, nous avons poussé l'interrogatoire plus loin sur le plan psychosomatique, c'est-à-dire sur les relations sociales, familiales et intimes de cette maladie.

- Examen psychosomatique :

Cette femme est issue d'une couche sociale élevée; elle perd très tôt ses parents. Son éducation a été confiée à une tante et à un tuteur qui lui ont laissé

beaucoup de liberté mais donné peu d'affection. Elle connaît des revers de fortune et doit se marier très jeune. Son mari est beaucoup plus âgé qu'elle, c'est un homme protecteur qu'elle voit peu parce qu'il est très pris par son travail. Elle a eu un enfant, mort, un autre vivant qui lui procure de gros ennuis. C'est un instable, alcoolique et dissolu. Elle a souvent agi en protectrice et a couvert les bêtises de ce grand fils devant le père. En retour, elle n'en a eu aucune gratitude ni affection. Depuis, ce fils est parti du domicile familial, elle essaie "de l'oublier" c'est le sujet tabou de la famille.

Cette femme a une vie sociale très active avec beaucoup de relations et s'occupe d'enfants en bas âge de familles dans le besoin (bonnes oeuvres). Là aussi, elle n'en retire aucune gratitude.

Du côté conjugal, il y a longtemps que leurs relations ne sont que superficielles et mondaines. Il l'abandonne simplement (il est à noter que ce mot d'"abandon" revient souvent dans sa conversation). Elle est très jalouse chroniquement mais parfois explose en violentes colères. Elle se sent vieille mais cherche cependant à s'embellir pour attirer l'intérêt du mari. Elle ajoute qu'elle n'a jamais été satisfaite sexuellement. Au total, elle dit s'être sacrifiée pour son fils et son mari. Mais depuis longtemps tous ses problèmes sont devancés par sa glossodynie et ses rythmes qui lui apportent alternativement accalmies et goût de vivre, d'autres fois reprises de douleur et pessimisme.

Cette femme réalise donc le type de glossodynie cryptogénétique décrite dans le groupe n° 2 (voir paragraphe des étiologies). Il s'agit d'une histoire complexe et variée qui réalise chez cette femme une névrose hypochondriaque doublée d'un phénomène cyclothymique morbide, sur lequel viennent se greffer des désordres organiques psychosomatiques.

Au point de vue thérapeutique, cette femme a été soignée d'une part par :

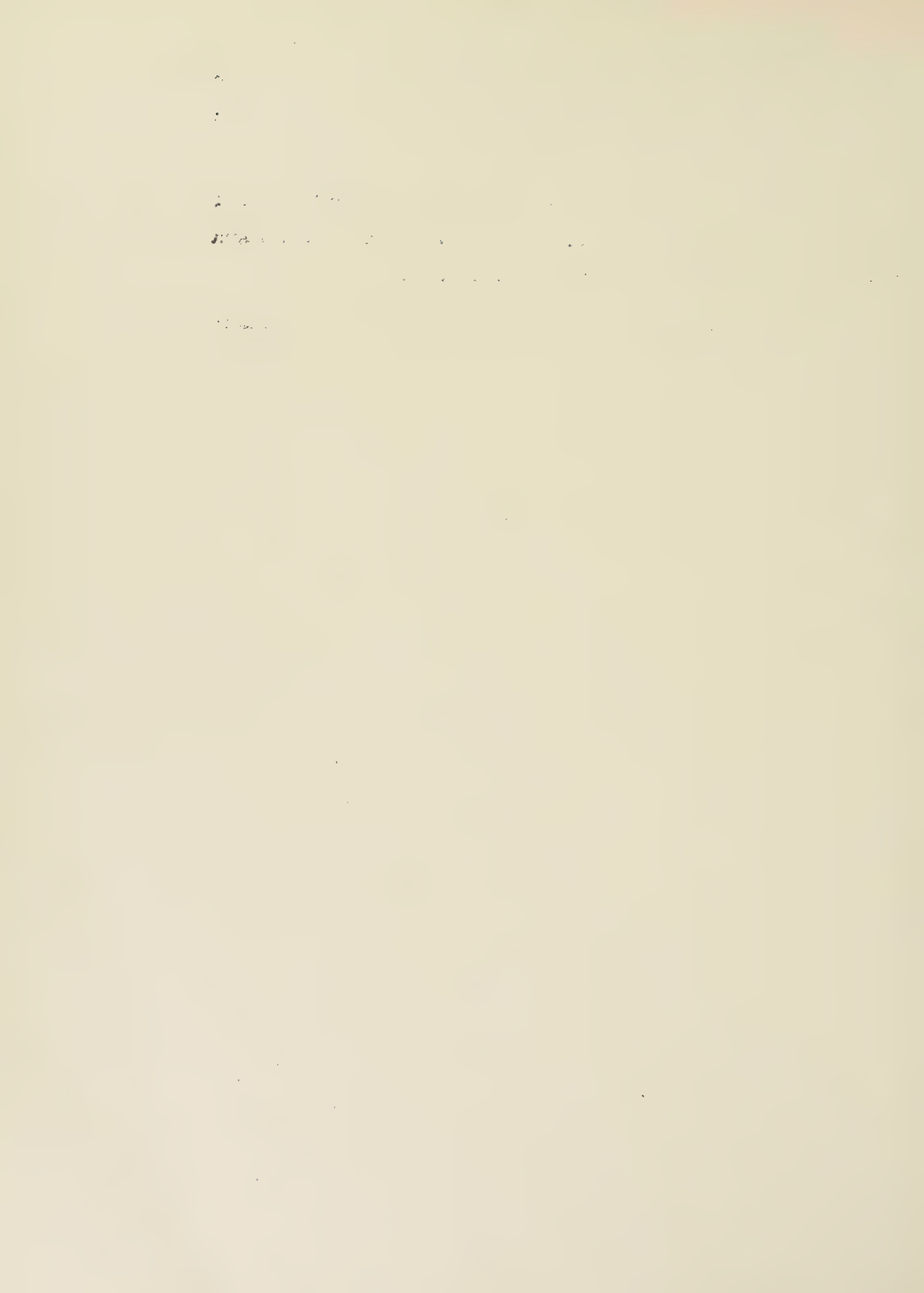
- l'endocrinothérapie : oestrogènes, progestérone, insuline,
- sismothérapie, il y a de nombreuses années
- tranquillisants et neuroleptiques,

- plus récemment , il a été tenté une psychothérapie d'appoint par l'interprétation des associations et relations avec des événements vécus; il s'y ajoute une rééducation psychologique .

Cette étroite relation malade - médecin a entraîné une ~~certain~~ mieux, mais hélas de nombreuses rechutes . Le sens étiologique de ces ~~rechutes~~ est en rapport avec les éléments externes de son univers .

Elle reconnaît que les rechutes ultérieures ont été moins ~~intenses~~ .

oOo



- OBSERVATION n° 6 -

Cette observation a été faite en dehors de la consultation de Stomatologie. Nous nous sommes cependant intéressé à ce cas qui laisse le problème de la glossodynies à l'arrière plan pour mettre en évidence le facteur psychotique.

C'est une patiente de 23 ans qui passe d'un médecin à l'autre et d'une consultation de spécialiste à l'autre. Elle est célibataire, secrétaire, d'intelligence très moyenne. Née d'une famille ouvrière, mère et père vivants, elle est l'aînée de deux enfants (l'un 12 ans, l'autre 14 ans).

Elle se plaint d'une douleur à type de brûlure depuis 3 ans, sans évolution notable. Elle désigne la douleur sur le côté lingual postérieur droit; la langue à l'examen minutieux (qui n'est d'ailleurs pas le premier) ne révèle rien de notable. Aucun traitement, aucune réassurance n'ont d'effet sur elle car elle est persuadée qu'elle va avoir un cancer lingual. Depuis elle abandonne son emploi de secrétaire car elle dit que si elle doit mourir, il est inutile de poursuivre un travail difficile.

Les rencontres malade - médecin sont très pénibles car son obsession phobique prend toute la part de la conversation et cette jeune femme ne peut pas parler d'autre chose. A la fin de la consultation on note comme élément évocateur d'une psychose avancée :

- l'abandon de l'emploi; elle se retire dans sa solitude, il y a introversion de la personnalité,

- elle renonce à la recherche d'un compagnon et d'amis, chose anormale à son âge,

- elle passe d'un praticien à l'autre sans s'occuper de leurs conseils et de leurs négations au sujet de ses symptômes douloureux et n'accepte pas l'idée qu'elle n'a aucune atteinte maligne.

- Il existe un facteur important, c'est l'exigence obsessionnelle à l'égard de sa mère, cette dernière doit examiner tous les soirs sa gorge et sa langue, pour la rassurer en lui disant qu'il n'y a ni aggravation ni changement.

Il est à noter que malgré son comportement autiste cette jeune personne continue à s'habiller d'une manière recherchée.

Au cours d'un séminaire, discussion de ce cas très intéressant à laquelle participe un psychiatre. D'après lui la malade souffrirait d'exhibitionnisme et qu'elle a peur d'une vie sexuelle normale. Cette malade "produit" son syndrome douloureux pour entrer dans le type de situation (sous une forme déplaisante) qu'elle craint et désire en même temps. Il faut supposer qu'elle souffre d'un exhibitionnisme doublement dépassé :

- elle montre sa gorge et sa langue au lieu de montrer ses organes génitaux,
- elle le montre à sa mère au lieu de montrer à un homme et, fait caractéristique, toutes les nuits.

Le psychiatre parle d'une élaboration hystérique de phantasme sexuel déprimé. Cette théorie est renforcée par le fait qu'elle doit accomplir son obsession chaque nuit pour s'assurer que tout est normal dans sa gorge. Il en est de même dans sa manière recherchée de s'habiller. Ceci peut expliquer aussi pourquoi elle refuse d'établir des rapports positifs avec les gens (refoulement et inhibition sexuelle), cependant elle a besoin d'être rassurée par sa mère et ses médecins.

Nous perdons cette jeune femme sur le plan Stomatologique, qui n'était d'ailleurs qu'une consultante de passage. Elle est suivie par un psychiatre.

Cette glossodynie entre dans le groupe n° 3 des glossodynies cryptogénétiques citées plus haut, autrement dit la glossodynie n'est qu'un syndrome secondaire de conversion somatique de gros troubles psychotiques. Il est d'ailleurs à noter qu'elle se plaint de rhumatismes dans tout le corps et de douleurs dans la colonne vertébrale, assurément d'origine psychotique. Le pronostic est très réservé car de gros troubles mentaux peuvent succéder à cet état hypochondriaque aussi sévère chez une jeune fille de 23 ans.

CONCLUSION

Comme nous l'avons vu tout au long de cette étude, la glossodynie pose de nombreux problèmes du médecin stomatologiste. Le diagnostic positif est facile puisque posé dès l'interrogatoire; il se définit en effet par une seule phrase : "douleur linguale".

Mais d'emblée ce malade oppose au praticien une obsession cancérophobique que le médecin devra prendre au sérieux et entreprendre précautionneusement l'examen attentif du sujet.

Si le Stomatologiste reste à l'aise tant que dure l'investigation étiologique à la recherche d'une cause locale, régionale, générale faciles à traiter d'ailleurs, il n'en demeure pas moins très gêné quant à l'attitude thérapeutique à prendre devant une glossodynie non organique dont le seul élément clinique reste l'élément subjectif douloureux.

Il faudra donc avant d'avancer le diagnostic de glossodynie essentielle ou cryptogénétique, procéder à un examen très consciencieux et minutieux.

Une fois le diagnostic posé de glossodynie essentielle survenant souvent chez une femme ménopausée cancérophobique hypocondriaque, le stomatologiste ne devra pas rejeter ce malade pour la seule raison qu'il est un déséquilibré psychique. En effet ce malade, très anxieux, obsédé cancérophobique, est très préoccupé par sa douleur, par sa persistance que rien n'explique. Cette douleur justifie et entretient chez le malade une inquiétude et une grande angoisse. Il vient auprès du médecin Stomatologiste chercher plus qu'une thérapeutique médicale, un soulagement moral et l'assurance de l'absence de malignité au niveau de sa langue.

Si le traitement reste facile, du moins théoriquement, des glossodynies symptomatiques par contre celui des glossodynies essentielles reste très difficile car en l'absence d'étiologie, le stomatologiste est réduit à prescrire un traitement symptomatique qui est le plus souvent décevant car il n'apporte qu'un soulagement passager, ce traitement s'avère d'autant plus dangereux qu'il fortifie le sujet dans son anxiété et son obsession phobique d'atteinte cancéreuse.

Le stomatologiste doit procéder à l'approche psychologique et pouvoir classer la glossodynie non pas selon sa topographie mais selon son évolutivité, cela dans un but thérapeutique qui doit être rationnel efficace et sans bavure. Cette glossodynie peut être classée en trois échelons :

- la femme ménopausée qui présente des "réactions dépressives" post-climatériques (la ménopause est ressentie comme un traumatisme physiologique mettant en évidence la carence génitale et affective) au cours de laquelle la langue est le siège d'un syndrome douloureux exprimant un conflit avec le monde extérieur. C'est à ce niveau et à ce niveau seul que peut intervenir le stomatologiste psychosomaticien; il peut aider et soulager ces troubles d'ailleurs très passagers et sans gravité évolutive. Le stomatologiste doit s'aider des drogues psychotropes majeures (thymo analeptiques ou anti-dépresseurs) et mineures (type Valium).

- ici la glossodynie est "l'équivalent somatique" d'une structure névrotique ou psycho-névrotique évoluant depuis longue date (exacerbée ou réveillée par la ménopause) chez un sujet déjà très immergé dans ses problèmes conflictuels.

Le stomatologiste doit ici adresser ses malades à un Psychiatre, mais il devra le faire avec du tact et en essayant de garder toute la confiance du malade. Ce serait une grosse erreur que d'entreprendre une tentative de psychothérapie.

- on a affaire ici à de très grosses personnalités psychotiques où la glossodynie n'est qu'un élément du puzzle psychosomatique.

Donc le stomatologiste doit connaître en matière de glossodynie trois impératifs :

- Savoir sur le plan proprement étiologique écarter toute erreur en ce qui concerne une glossodynie symptomatique par rapport à une glossodynie cryptogénétique,

- Une fois en présence d'une glossodynie cryptogénétique, savoir aborder ou approcher la personnalité de ce malade obsessionnel et névrosé par les atouts de la méthode psychosomaticienne.

- Savoir intégrer son malade dans un cadre nosologique afin d'appliquer une thérapeutique valable.

Le Stomatologiste est le gardien de cet organe exceptionnel qu'est la langue dont la pathologie n'est pas toujours objective, parfois la langue est prise comme siège de conversion somatique. Elle est alors investie comme organe de communication avec le monde extérieur (organe relationnel dirons-nous). Elle joue alors le rôle de substratum d'un conflit de l'individu qui s'extériorise par des brûlures.

Vu le Président de Thèse

Pr. CASTAIGNE

Vu le Doyen de la Faculté

Pr. G. BROUET

Vu et Permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

Jean ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

- BURGER A.J. et FLEURY E.

La glossodynie. Syndrome psychosomatique.
Rev. Stomat. Janv- Fev. 1966, 67, n°1-2, 11-14 (bibl.)

- QUINN J.H.

J. Am. Dental. Ass. Juin 1965, 70
n° 6, 1418-1421 (bibl.)

- LAROCHE J.F.

Glossodynies
Gaz. Hop. 30 juin 1965, 137, n°18, 939-941

- ROLL D.

La glossodynie (signification et traitement).
Med. et Hyg. 11 octobre 1967, 25, n°796, 1079

- BACHRACH W.H.

Glossodynie
Dent. Abstract. Janv. 65, 8, n°1, 48

- GAILLARD A.

Les douleurs obsédantes "de la gorge".
Inform. Dent. 23 av. 1964, 46, n°17, 1537-1550

- DUMAS P. et DROUIN M.

Traitement de divers syndromes douloureux buccaux par la vitamine
B 6 (aphtes - glossodynies)
Ann. Odont. Stomat. juil.-août 1961, 18, n°4, 187-189

- SCHROFF J.

Langue douloureuse (brûlante) par papille foliée (follicule lymphoïde)
J. Oral. Surg. Anesth. Mai 1960, 18, n°3, 207-217, 10 fig.

- MAKIENKO M.A.

Traitement de la glossalgie
Stomat. Moscow, 36, mai - juin 57, 23-25
Dent Abstracts, juin 1958, 3, n°6, 378

- HERRMANN D.

Une contribution au symptôme "langue brûlante"
Zahnärztl. Rundschau. 5 sept. 59, n°17, 438-439

- EBRARD G.

Le traitement de la glossodynie par la cure de Saint Christau
Presse Therm. Clim. avril - juin 58, 95, n°4, 134-187

- MOUGNAUD J.C.

La glossodynie et son traitement
Thèse Paris, 1957, 51 pages dact.

- EBRARD G

La glossodynie et son traitement par la cure à Saint Christau
Gaz. Hop. 31 août 58, n°22-24, 865

- SKACH M., ANDELOVA E., CHVOJKOVA et FLUSSER H.

Glossodynie. Contribution à la question des sensations de brûlure
dans la cavité orale.
Rev. Stomatol. fev. Mars 1954, 55, n°2/3, 136-141

- DELABY J.G.F.

Essai de classification des glossodynies.
Thèse Paris, 1955, n°63, 48 pages.

- DIETRICH

Glossodynie, dépression mono-symptomatique, lésion du thalamus.
(Un cas clinique de brûlures de la langue et du pharynx post-traumatiques)
Nervenertzt, 20 août 1955, 26 n°8, 339-340

- ZISKIN E. et MOULTON

La glossodynie
J. Am. Dent. AS. Nov. 1946, 33, n°21, 1422-1432

- FERNANDEZ B.

Glossodynie thymopathique
Actas luso-espan. Neuro. Psiquist.
Octobre 1951, 10 n°5, 272-280

- KETELSLEGERS J.

Glossodynie, syndrome de Gougerot-Sjogren et
Syndrome de Plemmer-Vinson
Arch. Stomatol. av. 1950, 5, n°2, 95-103

- SUDAKA R. et LANG J.

A propos d'un cas de glossodynie
Rev. Odontol. sept. Oct. 1950, 72, n°9/10, 499-505

- WALDMAN et PELNER L.

La sensation de brûlure de la langue (glossodynie).
Analyse de cas indépendants de la déficience en vitamine B.
Int. Med. Digest, sept. 1948, 53, n°3, 148-149

- BURGER A.J.

Glossodynie . Psychosomatic syndrome
Rev. Stomat. (Paris, 67 pp, 11-14, janv. fev. 66

- CAPOZZI L.

Glossalgia
Ann. Stomat. (Roma) 16 pp. 357-362, May 1967

- COLES R.B.

Glossodynia, a psychosomatic problem
Trans. St John Hosp. Derm. Soc. 52, pp. 79-83, 1966

- QUINN J.H.

Glossodynia
J. Amer. Dent. Ass. 70, pp. 1418-1421, June 65

- TABOURIAN G.

Causes and treatment of tongue pains
Rev. Dent. Liban 16 pp. 1-16, June 1966

- ALAJOUANINE et THUREL

Algies cranio-faciales
Sem. Hop. Paris n° 69, 9; 18, 1949

- BATAILLE, DESCROZAILLES et MUGNIER

La douleur en Stomatologie
Rapport au 14e Congrès de Stomatologie, Paris 1955

- BOREL A.

Troubles psychiatriques de la ménopause
Rev. Prat. Tome III, 11 oct. 1953

- CASTEX

Des glossodynies et le syndrome de la langue brûlante
Thèse Bordeaux 1921

- CHICO H.G.

Etude sur la glossodynie
Thèse Paris 1937, n°121, 63 P

- CURSCHMANN H.

Glossodynies
Munich, Med. Wosch, 1942, 2e sem. 966

- DECHAUME M.

Algies faciales et autres manifestations consécutives à un
déséquilibre de l'articulé dentaire.
Presse Med. 21 Mars 1951, n°18-19

- DEGOS R., LION R. et NACELIN

Glossite décapillante avec glossodynie et diminution des sécrétions
salivaires et sudorales guéries par la vitamine C.
Ann. Derm. Syph. Juillet-août 1944, n°7-8

- GAILLARD A.

Myalgies de la sphère bucco-pharyngo-faciale
Ouest Med., Mai 1962, n°9

- GREENBAUM S.

Glossodynies avec démangeaison subintrante de la langue.
Arch. of Derm. avril 1939, 39

- FRIEZ P. et LATTES A.

Les glossodynies
Ent. Bichat, Paris 1953, 293-296

- GPASSET R.

Contribution à l'étude du syndrome de Gougerot-Sjogren et de ses
rapports avec le syndrome de Plummer-Vinson et les troubles
d'origine hypophyso-ovarienne. Thèse Paris, mars 1953, n°300, 64 p.

- KENNY F.E. et LONG J.E.

Syndrome de Sjogren

J.A.M.A. 29 mai 1954, n°5, 155

- KETELSIEGERI Y.

Glossodynie, Syndrome de Gougerot Sjogren et syndrome de Plummer-Vinson

Arch. Stomatol. avril 1950, n°2

- LAMBLING A. et DEJOURS P.

Etude physiopathologique de la sécrétion des glandes digestives

dans un cas de syndrome de Gougerot-Sjogren (bouche sèche, oeil sec)

Paris Med. 14 avril 1951, 41, n°14, 201-204

- MADURO R. et CASALIS F.

Les intolérances de la muqueuse bucco-pharyngée

Progrès Med. 10 mai 1954, 5

- MADURO R. et TISSIER M.

Le problème de l'électrogalvanisme buccal

Sem. Hop. Paris 2 août 1950, n°57, 26

- MOUTIER F.

Polymétallisme dentaire et dysesthésies linguales

Arch. Mal. App. Dig. Juillet-août 1944, n°78-133, 33

- ROBERT

Les cénesthopathies pharyngées

Thèse Toulouse 1931

- SIGNIER F.

A propos d'une dysphagie "inexplicable"

Presse Med. 11 novembre 1953, 61, 72

- SKACH M., ANDELOVE E., CHVOJKOVA V. et FLUSSER H.

Glossodynie. Contribution à la question des sensations de brûlure de la cavité buccale.

Rev. Stomatol. février-mars 1954, 55, n°2-3

- SLUDER

Quelques observations cliniques sur les amygdales linguales en rapport avec le goître, la glossodynie et les infections de la face.

Amer. J. Med. Soc. août 1920, 159, 248-252

TABLE DES MATIERES

	Pages
- INTRODUCTION	1
I - HISTORIQUE	2
II - DEFINITION CLINIQUE ET SES VARIATIONS	4
III - ETIOLOGIE DES GLOSSODYNIES	8
A - Symptomatiques	
1 - locales :	8
2 - régionales :	9
3 - générales :	10
B - Cryptogénétiques ou essentielles	
1 - formes cliniques :	11
2 - essais d'explication de la théorie psychosomatique :	17
IV - TRAITEMENTS	20
V - OBSERVATIONS	25
Observations de quelques glossodynies cryptogénétiques.	
- CONCLUSION	45
- BIBLIOGRAPHIE	

